

# 接種券一体型予診票(3回目用)

この部分から、1、2回目及び3回目接種の接種日、ワクチンの種類、ロット番号を確認することができます。

負担はありません。

**この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。**

**この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を証明する大事な書面です、大切に保管してください。**

## 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)

### Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

3回目 接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏名	
年		住所	
月		生年月日	年 月 日生

#### 新型コロナワクチン1、2回目接種記録

接種年月日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日
メーカー		
Lot No.		

茨城県古河市長

\* \*が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

↑こちらは、3回目接種が終了した後に切り取って保管していただくことが可能です。四つ折りにすることで、名刺と同じ大きさになります。

1枚の用紙に2枚の用紙を切り取り、お持ちください。

## 新型コロナワクチン接種の予診票(追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住所(記載されている住所)	フリガナ	氏名	電話番号	生年月日(西暦)	性別	診察前の体温
〒			( ) -	年 月 日生(満 歳)	男・女	度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間: ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>* 詳細する項目について、マークの用紙からみ出しはがきにより詳しくお返しいたします。</small>
---------	---

### 新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(  接種を希望します・ 接種を希望しません )

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

接種者又は保護者自署  
年 月 日  
(※年齢で多い場合は代理者が署名し、(敬称)氏名及び電話番号との捺印を記載)  
(※接種者が未成年の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は法定代理人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付け位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください  
(注)有効期限が切れていないの確認ください

医療機関等コード  
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日  
202 年 月 日

接種時刻 時 分

## ワクチン接種証明書（二次元コードなし）

**新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書**  
Vaccination Certificate of COVID-19

氏名 [Surname Given name]  
接種証明 [SENSU SYOGUMEI]  
生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)  
1991-02-05  
国籍・地域 [Nationality/Region]  
JAPAN  
パスポート番号 [Passport Number]  
TR0000000

接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)	ワクチンの種類 [Vaccine Type]	メーカー [Manufacturer]	製品名 [Product Name]	製造番号 [Lot Number]	接種国 [Country of Vaccination]
2021-04-02	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コビナティ [COMIRNATY]	ABC123	日本 [JAPAN]
2021-04-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コビナティ [COMIRNATY]	DEF456	日本 [JAPAN]
2021-12-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コビナティ [COMIRNATY]	GHI789	日本 [JAPAN]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]  
東京都西ヶ丘市長  
[Mayor of Kanetogaoka City, Tokyo Metropolis]  
日本国厚生労働大臣  
[Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]  
証明書ID [Certificate Identifier] 2021-12-26  
011002-20211226-XXXXXX

## クーポン券（シール状）

**クーポン券(接種券)**  
この部分から、接種日、ワクチンの種類、ロット番号、接種場所等を確認することができます。

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。  
費用負担はありません。**

年齢等により接種いただける時期が異なります。  
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切に持ち下さい。

接種券 診察したが接種できない場合

券種	回数	接種内容	請求先	接種番号	氏名
2	1	ワクチン接種	茨城県古河市	082040	
1	1	予約のみ	茨城県古河市	082040	
2	2	ワクチン接種	茨城県古河市	082040	
1	2	予約のみ	茨城県古河市	082040	

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(随時)  
Certificate of Vaccination for COVID-19

回数	接種年月日	接種場所	メーカー / Lot No. (シール貼付け)
1回目	2021年 月 日		
2回目	2021年 月 日		

氏名  
住所  
生年月日

茨城県古河市長 針谷 力

**接種を受ける方へ**

- シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

接種済証①

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証

住所 古河市下大野2248

氏名 古河 太郎

生年月日 2000/1/1 生

回数	接種年月日	メーカー	ロット番号
第1回	2021年5月1日	ファイザー社	AB0123
第2回	2021年5月22日	ファイザー社	AB0123

令和 〇年 〇月 〇日

茨城県古河市長 針谷 力

接種済証②

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証発行申請書（兼接種済証）

令和 〇年 〇月 〇日

古河市長 殿

ふりがな  
申請者 氏名 古河 太郎

住所 古河市下大野2248

電話番号 0280-92-3111

被接種者との続柄  本人  同居の親族

その他 ( )

古河市において、接種済証の交付を受けたいので、下記のとおり接種済証申請書を提出いたします。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	T
	生年月日	2000 年 1 月 1 日	
接 種 状 況	接種日時	1回目 令和 3 年 5 月 1 日	2回目 令和 3 年 5 月 22 日
	接種会場	〇〇病院	〇〇病院
	ワクチンメーカー	ファイザー	ファイザー
	ワクチンロット番号	AB0123	AB0123
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 接種済証の紛失 <input type="checkbox"/> 接種済証の破損 <input type="checkbox"/> 医療従事者等で接種済証がないため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	T	

※身分証明書、新型コロナワクチン接種記録書（医療従事者等の場合）の写しを添付してください。

上記内容に相違ないことを証明いたします。

令和 〇年 〇月 〇日

古河市長 針谷 力 印

No. \_\_\_\_\_

# 接種記録書

## 新型コロナワクチン接種記録書 Record of Vaccination for COVID-19

1回目	バーコード No. (シール貼付)	2回目	バーコード No. (シール貼付)
接種年月日		接種年月日	
2021年 月 日		2021年 月 日	
接種会場		接種会場	

氏名 : \_\_\_\_\_  
住所 : \_\_\_\_\_  
生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 新型コロナワクチン接種記録書

この部分から、接種日、ワクチンの種類、ロット番号、接種場所等を確認することができます。

- ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
- 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。

